

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/53486>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-08 and may be subject to change.



De rol van richtlijnen en systematische literatuuroverzichten in de tandheelkundige zorgverlening

Klinische praktijkrichtlijnen zijn een bij uitstek geschikt middel voor het op een effectieve en efficiënte manier op peil houden van de kennis over een specifiek klinisch onderwerp. Zij zijn opgebouwd uit de klinische expertise van de dagelijkse praktijk, het wetenschappelijke bewijs uit publicaties en de mening van patiënten. Samen vormen zij de kern van het gedachtegoed van de 'evidence-based' tandheelkunde. De ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen dient te geschieden volgens een vast protocol. Hierbij wordt gebruikgemaakt van systematische literatuuroverzichten. De Cochrane Collaboration is een organisatie die dergelijke literatuuroverzichten ontwikkelt. Klinische praktijkrichtlijnen zijn een cruciaal onderdeel van evidence-based tandheelkunde. Evidence-based tandheelkunde dient geïntegreerd te worden in de opleiding en de dagelijkse praktijk van de tandheelkunde. De oprichting van een landelijk centrum voor de evidence-based ontwikkeling én implementatie van klinische praktijkrichtlijnen, in samenwerking met andere zorgdisciplines, zou hoogste prioriteit moeten krijgen om kwaliteitszorg en waarborging van het tandheelkundig handelen in eigen hand te houden.

Sanden WJM van der, Nienhuijs MEL, Mettes TG. De rol van richtlijnen en systematische literatuuroverzichten in de tandheelkundige zorgverlening *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2007; 114: 179-186

Inleiding

Er bestaat een brede maatschappelijke interesse om de kwaliteit van de gezondheidszorg verder te verhogen en transparanter te maken. De voortdurende stroom van wetenschappelijke publicaties in de tandheelkunde vormt een belofte voor een steeds betere en effectievere zorg voor de patiënt. Patiënten worden en zijn steeds actiever betrokken bij het nemen van specifieke behandelbeslissingen en tandartsen worden hierdoor gestimuleerd hun behandelkeuze expliciet te onderbouwen en te motiveren op basis van het best beschikbare wetenschappelijk bewijs en hun klinische expertise. Deze ontwikkeling naar een probleemgebaseerde en doelmatige benadering van de klinische tandheelkunde berust op 2 belangrijke kennispijlers: het best beschikbare wetenschappelijk bewijs ('wetenschappelijk kennis') en de individuele opgebouwde klinische expertise ('klinische kennis'). Samengevoegd met de voorkeur(en) van de individuele patiënt vormen zij de kern van het gedachtegoed van de 'evidence-based' tandheelkunde (Dawes et al, 2005). Dit staat in schril contrast tot de 'practice-based' tandheelkunde, die is gebaseerd op het dogma "als het bij mij goed werkt, is het ook goed voor de patiënt" (Donoff, 2000).

De verandering naar een meer patiëntgerichte en

effectievere zorg heeft de noodzaak tot een leven lang leren meer op de voorgrond geplaatst. Voor tandartsen in de algemene praktijk bestaan hiervoor verschillende mogelijkheden, bijvoorbeeld participatie in studiegroepen en intercollegiaal overleg of het lezen van tandheelkundige wetenschappelijke tijdschriften. Net als alle andere gezondheidszorgverleners hebben tandartsen echter te maken met een groeiende stroom van nieuwe kennis en technieken op hun vakgebied. Deze informatie is vaak digitaal en daardoor eenvoudig beschikbaar. Voor een tandheelkundige zorgverlener is het bijna onmogelijk om deze grote hoeveelheid literatuur te bestuderen en op juiste waarde te schatten, waardoor de vertaalslag naar de dagelijkse praktijk niet goed op gang komt. De laatste decennia nam het aantal goed opgezette gerandomiseerde gecontroleerde interventieonderzoeken toe met ongeveer 400 per jaar, gepubliceerd in meer dan 50 tandheelkundige wetenschappelijke tijdschriften (Marinho et al, 2001), maar in de opleiding tot tandarts wordt vaak niet of slechts summier aandacht besteed aan het ontwikkelen van vaardigheden tot het herkennen, het beoordelen en het selecteren van kwalitatief goede literatuur.

Voor de geneeskunde werd vastgesteld dat er een kloof bestaat tussen de zorg die wordt verleend en die

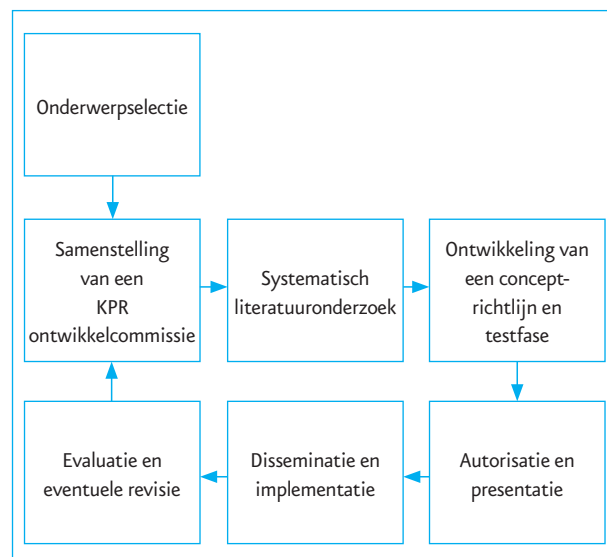
wenselijk zou zijn geweest als er een volledige integratie van kennis uit wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk tot stand was gekomen (Institute of Medicine, 2001). Uit Nederlands onderzoek blijkt dat 30-40% van de patiënten niet de meest recente medische zorg ontvangt en dat 20-25% van de verleende zorg overbodig of potentieel schadelijk is (Grol, 2001). Er is geen reden om aan te nemen dat de tandheelkundige zorgverlening daarop een uitzondering vormt.

Er bestaan verschillende methoden om kennisoverdracht van onderzoek naar de klinische praktijk te realiseren. De aanpak volgens de evidence-based methode vormt hiervoor een goede basis. Via klinische praktijkrichtlijnen en systematische literatuuroverzichten wordt zorggedragen voor een integratie en samenvatting van de wetenschappelijke kennis in de tandheelkundige praktijk. Beide instrumenten worden in dit artikel in onderlinge relatie beschreven. Tevens wordt de actuele stand van zaken in de Nederlandse tandheelkundige zorg in relatie tot klinische praktijkrichtlijnen nader toegelicht.

Klinische praktijkrichtlijn versus protocollen

De ontwikkeling van evidence-based klinische richtlijnen werd in Nederland al aan het einde van de jaren '70 door de Landelijke Specialisten Vereniging geïntroduceerd en vormgegeven in een integraal kwaliteitsbeleid. Daartoe werd het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (nu: het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO) opgericht. De specialisten werden daarna snel gevolgd door het Nederlands Huisartsen Genootschap, die via het standaardenbeleid een krachtige impuls gaf aan de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen. Ook internationale organisaties houden zich bezig met de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen. In Groot-Brittannië zijn de Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, <http://www.sign.ac.uk/index.html>) en het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, <http://www.nice.org.uk/page.aspx>) organisaties die in de afgelopen decennia klinische praktijkrichtlijnen (vooral voor de geneeskunde, enkele voor de tandheelkunde) systematisch hebben ontwikkeld. De systematische ontwikkeling van praktijkrichtlijnen in de tandheelkunde staat nog in de kinderschoenen (Van der Sanden et al, 2002).

Er bestaat begripsverwarring over het verschil tussen protocollen en klinische praktijkrichtlijnen. In de afgelopen jaren zijn er in Nederland protocollen voor de tandheelkunde verschenen, bijvoorbeeld het 'paroprotocol' van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (1998). Dit is echter een specifieke procedurebeschrijving met een daarop afgestemde tariefstructuur. In principe is een dergelijk protocol een soort gebruiksaanwijzing waarbij stap voor stap een procedure wordt beschreven en waar over het algemeen niet van dient te worden afgeweken. Een klinische praktijkrichtlijn daarentegen wordt internationaal gedefinieerd als een wetenschap-



Afb. 1. De ontwikkelcyclus van een klinische praktijkrichtlijn (KPR).

pelijk onderbouwde en op klinische ervaring gebaseerde leidraad, die de tandarts en de patiënt kan helpen bij het nemen van beslissingen over de gewenste zorg (Institute of Medicine, 1992). Nationaal wordt de definitie van het CBO gehanteerd: "Richtlijnen zijn landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor een patiënt. Ze zijn bedoeld om medische zorgverleners te ondersteunen bij de klinische besluitvorming".

Een klinische praktijkrichtlijn kan een grote rol vervullen in de informatiestroom van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek naar de klinische tandheelkundige praktijk en zo de kloof tussen wetenschap en dagelijkse praktijk verkleinen. Het doel van een klinische praktijkrichtlijn is uiteindelijk het optimaliseren, en zeker niet het dicteren, van de klinische besluitvorming. Een klinische praktijkrichtlijn is, in tegenstelling tot een protocol, dus geen procedurebeschrijving en er kan, indien noodzakelijk en wenselijk, gemotiveerd van worden afgeweken. Idealiter is een klinische praktijkrichtlijn een doelmatig instrument dat alle relevante wetenschappelijke informatie over een specifiek onderwerp compact en in onderlinge samenhang weergeeft en zo een effectieve overdracht naar de dagelijkse praktijk mogelijk maakt. Met een beperkte tijdsinvestering kunnen tandartsen relatief eenvoudig kennisnemen van recente ontwikkelingen met betrekking tot efficiënte en effectieve behandelopties voor de meest optimale tandheelkundige zorg. Uit een klinische praktijkrichtlijn kunnen ten slotte door de beroepsgroep valide en meetbare indicatoren worden geformuleerd, die een beeld geven van de kwaliteit van de verleende zorg. Hiermee kan voor de buitenwereld deze zorg transparanter worden gemaakt.

Er zijn weliswaar gedurende de afgelopen decennia diverse praktijkrichtlijnen door organisaties van uiteenlopende aard ontwikkeld, maar deze zijn in de meeste gevallen noch via een systematische procedure tot stand gekomen noch breed geïmplementeerd. Bovendien betreft het

Algemene richtlijn (jaar van publicatie of laatste aanpassing)	Ontwikkeld door	AGREE Domeinscore (%) per domein					
		a	b	c	d	e	f
Horizontale verwijzing, 2002	NMT	n.v.t.					
Patiëntendossier, 2002	NMT	n.v.t.					
Samenwerking tandtechnicus	NMT	n.v.t.					
Second Opinion, 2004	NMT	n.v.t.					
Spoedgevallendienst, 2002	NMT	n.v.t.					
Verticale verwijzing, 2002	NMT	n.v.t.					
Verwijzing mondhygiënist	NMT	n.v.t.					
Verwijzing tandprotheticus	NMT	n.v.t.					
Waarneming / Praktijkmedewerking	NMT	n.v.t.					
Klinische praktijkrichtlijn (jaar van publicatie of laatste aanpassing)							
Advies Fluoride, 2001	Ivoren Kruis	33	38	14	75	0	0
Advies preventie van erosieve gebitsslijtage, 2005	Ivoren Kruis	33	38	14	75	0	0
Advies preventie van wortelcariës, 2003	Ivoren Kruis	33	38	14	75	0	0
De geïmpacteerte, klachtenvrije derde molaar in de onderkaak, 2003	UMC St Radboud	100	75	90	100	0	0
Periodiek Mondonderzoek, 2005	UMC St Radboud	100	100	90	92	56	100
Tandletsel, 2004	NMT/CBO	100	58	90	92	33	100
CBO: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO							
NMT: Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde							
UMC St Radboud: Universitair Medisch Centrum St Radboud, opleiding Tandheelkunde							
n.v.t.: AGREE-toetsing niet van toepassing door het ontbreken van een klinische interventie							

Tabel 1. Voorbeelden van algemene richtlijnen en klinische praktijkrichtlijnen die in Nederland de afgelopen jaren zijn ontwikkeld met vermelding van de verantwoordelijke organisatie. Het resultaat van een beoordeling met gestandaardiseerde domeinscores volgens het AGREE-instrument met 6 domeinen. De richtlijnen zijn door 2 auteurs onafhankelijk van elkaar beoordeeld.

vaak algemene praktijkrichtlijnen met betrekking tot bijvoorbeeld patiëntbejegening, dossiervorming en samenwerking met andere zorgverleners (tab. 1). Een klinische praktijkrichtlijn is echter bij voorkeur gebaseerd op systematische literatuuroverzichten of individuele onderzoeken van goede kwaliteit, gecombineerd met de klinische ervaring van zorgverleners.

Ontwikkelingsmethode van klinische praktijkrichtlijn

Er zijn verschillende methoden beschreven voor de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen, maar over het algemeen omvat deze de onderdelen zoals vermeld in afbeelding 1.

Afhankelijk van de opzet en de doelstelling van de tandheelkundige organisatie die de richtlijn ontwikkelt, worden bepaalde onderdelen in meer of mindere mate uitgevoerd of wordt een andere methode gehanteerd. Hierbij valt te denken aan richtlijnen op basis van meningen van experts, naar aanleiding van groepsconsensusmethoden of met gebruikmaking van evidence-based methoden (Sutherland, 2000). Klinische praktijkrichtlijnen op

basis van de mening van experts of een consensusbijeenkomst zijn gewoonlijk niet gestructureerd, informeel en dientengevolge gevoelig voor kritiek met betrekking tot wetenschappelijke vertekening en interesseverstrengeling. Een klinische praktijkrichtlijn die via een evidence-based methode wordt ontwikkeld, is gestructureerd, formeel en gebruikt een duidelijke, expliciete en reproduceerbare methode. De evidence-based methode verdient de voorkeur en is gebaseerd op systematische literatuuroverzichten en valide primaire onderzoeken, en houdt rekening met de voorkeuren en de waarden van patiënten en zorgverleners. Een essentieel onderdeel is de externe toetsing van het concept van de klinische praktijkrichtlijn door een extern panel, samengesteld uit de latere gebruikers, zoals zorgverleners, patiënten of hun vertegenwoordigers. Voor deze toetsing bestaat er een internationaal gevalideerd en geaccepteerd instrument, het zogenaamde AGREE-instrument (<http://www.agreecollaboration.org/instrument/>). Dit toetsingsinstrument werd ontwikkeld om de kwaliteit van de procedure en de impact van klinische praktijkrichtlijnen in de praktijk te beoordelen. Het beschrijft een kader voor de beoordeling van de belang-

Literatuur-overzicht	Systematisch literatuuroverzicht	Verhalend literatuuroverzicht
Vraagstelling	Gerichte klinische vraagstelling	Breed geformuleerd
Zoekstrategie	Expliciet bijvoorbeeld PICO-vraag	Vaak niet vermeld
Selectie	Inclusiecriteria voor onderzoek beschreven	Vaak niet vermeld
Beoordeling	Rigoreus oordeel methodologie	Samenvattend oordeel expert
Synthese	Bij voorkeur kwantitatief	Vaak kwalitatief

Tabel 2. Overzicht van de kenmerken van een via een systematische procedure en van een via een niet-systematische procedure (verhalende overzichten) ontwikkeld literatuuroverzicht.

rijkste kwaliteitsaspecten van klinische praktijkrichtlijnen, verdeeld over 6 kwaliteitsdomeinen:

- Beschrijving onderwerp en doel
- Betrokkenheid van belanghebbenden
- Methodologie
- Helderheid en presentatie
- Toepassing
- Onafhankelijkheid van de opstellers

Het toetsingsinstrument omvat geen specifieke criteria om de klinische inhoud en het onderliggende wetenschappelijke bewijs te beoordelen (AGREE Collaboration, 2003). Tabel 1 geeft een voorbeeld van domeinscores voor een aantal klinische praktijkrichtlijnen, waarbij werd beoordeeld of er informatie in de desbetreffende richtlijn was vermeld met betrekking tot het specifieke domein.

Voor grote delen van het vakgebied zijn in de tandheelkunde nog geen systematische literatuuroverzichten verschenen. In veel gevallen ontbreekt het harde wetenschappelijke bewijs voor specifieke behandelopties. In dergelijke situaties kan een gestructureerde en formele evidence-based consensusprocedure worden gevolgd. Een hulpmiddel hierbij vormt de door de Amerikaanse non-profitorganisatie RAND (Research and Development) gemodificeerde Delphi-consensusmethode (Murphy et al, 1998). Dit is een expliciet beschreven methode, waarbij na een of meer rondes een consensus wordt geformuleerd en als concept van de klinische praktijkrichtlijn wordt gepresenteerd.

Autorisatie en presentatie

Een eenduidige autorisatie en optimale disseminatie zijn noodzakelijk om een klinische praktijkrichtlijn onder de aandacht van zorgverleners en patiënten te brengen. Voor het gebied van de tandheelkunde in Nederland dienen hier toe nog eenduidige procedures te worden ontwikkeld.

Implementatie en evaluatie

Het is niet eenvoudig om veranderingen in de dagelijkse routine van zorgverleners te bewerkstelligen. Bij veranderingsprocessen in de zorg zal allereerst de kennis van de zorgverlener moeten worden beïnvloed, dan de attitude en

ten slotte het klinische gedrag. Een actieve implementatie van een klinische praktijkrichtlijn wordt ten eerste aanbevolen (Cabana et al, 1999; Grol en Grimshaw, 2003). Er wordt momenteel veel onderzoek verricht naar effectieve implementatiemethoden (Caminiti et al, 2005; Shaneyfelt et al, 2006).

Hoe wordt een klinische praktijkrichtlijn toegepast?

Hoewel een moderne klinische praktijkrichtlijn via een duidelijke procedure wordt ontwikkeld, is de toepassing ervan in de praktijk soms gecompliceerd. Een klinische praktijkrichtlijn geeft een aantal opties voor behandelbeslissingen in algemene situaties, maar kan niet blindelings op elke patiënt worden toegepast. Er zal telkens opnieuw nauwkeurig moeten worden afgewogen of een klinische praktijkrichtlijn in een specifieke situatie op de patiënt in kwestie van toepassing is. Immers, als dit niet het geval is, zou dit leiden tot suboptimale of zelfs ongewenste zorg. In dergelijke situaties kan gemotiveerd en in overleg met de patiënt van de klinische praktijkrichtlijn worden afgeweken. Het verdient aanbeveling om dit expliciet in het patiëntdossier te vermelden.

Systematische literatuuroverzichten

Bij voorkeur wordt voor de onderbouwing van een klinische praktijkrichtlijn gebruikgemaakt van het best beschikbare wetenschappelijke bewijs. Dit kan zowel uit individuele publicaties worden gedestilleerd, maar ook uit recente literatuuroverzichten. In essentie zijn literatuuroverzichten van gepubliceerde onderzoekgegevens (synoniemen (Eng.): 'overview', 'review', 'report', 'editorial') niets nieuws onder de wetenschappelijke zon. Traditionele literatuuroverzichten ('narrative review') worden al decennia lang gepubliceerd, maar zij waren over het algemeen breed van opzet, niet systematisch ontwikkeld, vaak geschreven door deskundigen op een specifiek deelgebied, waardoor ze meestal een weergave vormden van hun eigen mening. Dit leidde tot vaak uiteenlopende conclusies en interpretaties, waardoor de lezer niet wist welke publicatie de juiste aanbevelingen gaf. Dergelijke verhalende literatuuroverzichten zijn vooral nuttig voor het algemeen beschrijven van een klinisch onderwerp, maar de grote tekortkoming is dat de keuze van literatuur meestal selectief is en de resultaten daardoor vaak niet algemeen toepasbaar (Cook et al, 1997).

Een van de principes van de evidence-based benadering is het gebruikmaken van systematische literatuuroverzichten, die in opzet afwijken van de hierboven beschreven verhalende overzichten (tab. 2). Systematische literatuuroverzichten kenmerken zich door het nadrukkelijk formaliseren van de methoden van gegevensverzameling, gegevensbewerking en samenvoeging, waardoor het gehele proces expliciet, reproduceerbaar en valide is. Het systematische literatuuroverzicht vormt een nuttige informatiebron voor het vaststellen van de huidige

kennis op een bepaald klinisch terrein óf juist het ontbreken daarvan. Ze kunnen daardoor initiërend werken voor nieuw op te zetten onderzoek. Daarnaast zijn systematische literatuuroverzichten belangrijk voor het wetenschappelijk onderbouwen van specifieke medische interventies (richtlijnen) en worden in de hiërarchie van wetenschappelijk bewijs als hoogste gewaardeerd als zij gebaseerd zijn op betrouwbare onderzoeken. Naast een kwalitatieve samenvatting kan tevens een kwantitatieve samenvatting met behulp van statistische samenvoeging of meta-analyse beschreven zijn in een systematisch literatuuroverzicht. Hierbij worden onderzoeksuitkomsten van interventieonderzoeken, die vooraf als voldoende zijn beoordeeld op methodologische betrouwbaarheid, samengevoegd. De uitvoering vindt plaats door meerdere onderzoekers om aldus de onafhankelijkheid en betrouwbaarheid van de dataverzameling en -verwerking zoveel mogelijk te waarborgen.

Over het algemeen is het verzamelen van de meest relevante literatuur op een bepaald onderzoeksterrein een tijdverslindende aangelegenheid. Het vergt bovendien specifieke vaardigheden met betrekking tot het samenstellen van de meest doeltreffende zoektermen voor het invoeren in elektronische datasystemen (MEDLINE, PubMed, Embase, Cochrane Library). Het stelt specifieke eisen aan de beoordelingsvaardigheden van auteurs om de kwaliteit van de geselecteerde onderzoeken optimaal en onafhankelijk van elkaar te toetsen, ter voorkoming van selectiebias. Dit proces vereist tevens specifieke statistische kennis om de geïnccludeerde onderzoeken tot een samenhangend geheel te smeden alvorens het mogelijk wordt voor de klinische praktijk betrouwbare conclusies te trekken.

De Cochrane Collaboration

Een organisatie die zich sinds 1993 bezighoudt met het ontwikkelen en uitvoeren van goede systematische literatuuronderzoeken en die de verspreiding van de resultaten nadrukkelijk wil bevorderen, is de Cochrane Collaboration, een internationale organisatie van wetenschappelijke onderzoekers, die hier belangeloos tijd en energie in steken. Binnen deze organisatie wordt in de vorm van systematisch literatuuronderzoek volgens de Cochrane-systematiek op alle terreinen in de gezondheidszorg de effectiviteit van behandelingen beschreven in een overzicht en vervolgens ondergebracht in een elektronische database (online bibliotheek), de zogenaamde Cochrane Library. Deze vormt een unieke en betrouwbare bron voor up-to-date informatie over de effecten van preventieve en curatieve interventies in de gezondheidszorg. De Cochrane Library is, tegen betaling, beschikbaar op cd-rom of via internet en wordt per kwartaal geactualiseerd.

Naast een database van de systematische literatuuroverzichten bestaat er ook een register van klinisch onderzoek. In deze laatste database worden alle effecti-

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the effect of prophylactic removal of asymptomatic impacted wisdom teeth in adolescents and adults compared with the retention of these wisdom teeth.

Search strategy: The following electronic databases were searched: The Cochrane Oral Health Group Trials Register (4 August 2004), the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE (1966 to 4 August 2004), PubMed (1966 to 4 August 2004), EMBASE (1974 to 4 August 2004). There was no restriction on language. Key journals were handsearched. An attempt was made to identify ongoing and unpublished trials.

Selection criteria: All randomised or controlled clinical trials (RCTs/CCTs) comparing the effect of prophylactic removal of asymptomatic impacted wisdom teeth with no-treatment (retention).





Data collection and analysis: Assessment of relevance, validity and data extraction were conducted in duplicate and independently by three reviewers. Where uncertainty existed, authors were contacted for additional information about randomisation and withdrawals. A quality assessment of the trials was carried out.

Main results: Only three trials were identified that satisfied the review selection criteria. Two were completed RCTs and both assessed the influence of prophylactic removal on late incisor crowding in adolescents. One ongoing RCT was identified, but the researchers were unable to provide any data. They intend to publish in the near future and information received will be included in updates. Although both completed trials met the inclusion criteria of the review, regarding participants characteristics, interventions and outcomes assessed, different outcomes measures were assessed which prevented pooling of data.

Authors' conclusions: No evidence was found to support or refute routine prophylactic removal of asymptomatic impacted wisdom teeth in adults. There is some reliable evidence that suggests that the prophylactic removal of asymptomatic impacted wisdom teeth in adolescents neither reduces nor prevents late incisor crowding.

Afb. 2. Een voorbeeld van de samenvatting van een systematisch literatuuroverzicht (Cochrane systematic review) met betrekking tot de profylactische verwijdering van klachtenvrije, geïmpacteerde derde molaren bij adolescenten en volwassenen (Mettes et al, 2005).

viteitonderzoeken vanaf 1940 opgeslagen en zij vormen een bron voor het selecteren van de beste onderzoeken, die weer als bouwstenen voor een systematisch literatuuronderzoek kunnen dienen. Een belangrijk aspect van dit register is dat men het onderzoek wil registreren voordat het wordt uitgevoerd. Veel onderzoeken, vooral die met negatieve of onduidelijke resultaten, worden uiteindelijk niet gepubliceerd. Enerzijds is dit een verspilling van tijd, geld en energie, maar het veroorzaakt ook zogenoemde 'publication bias', waardoor het beeld positiever kan uitvallen dan het in werkelijkheid is.

Leeftijdsgroep: Jonger dan 25-30 jaar				Ouder dan 25-30 jaar
Impactie Positie M3	Partieel door mucosa bedekt	Geheel door mucosa bedekt	Geheel door bot bedekt	Elke situatie
Verticaal 	A	A	A	A
Horizontaal 	B	A	A	A
Mesio-angulair 	B	A	A	A
Disto-angulair 	B	A	A	A
<p>Advies:</p> <p>A: geadviseerd wordt om deze <u>klachtenvrije</u>, geïmpacteerte derde molaar in de onderkaak in het algemeen niet preventief te verwijderen, maar de patiënt volledig te informeren over de mogelijke complicaties en risico's die hierdoor kunnen optreden.</p> <p>B: geadviseerd wordt om deze <u>klachtenvrije</u>, geïmpacteerte derde molaar in de onderkaak in het algemeen preventief te verwijderen en de patiënt volledig te informeren over de mogelijke complicaties en risico's die hierdoor kunnen optreden.</p>				

Afb. 3. Een voorbeeld van een compacte weergave van de aanbevelingen uit de klinische praktijkrichtlijn 'De geïmpacteerte, klachtenvrije derde molaar in de onderkaak'. Dit schema geeft een samenvatting van de adviezen en dient niet zonder voorafgaande bestudering van de volledige klinische praktijkrichtlijn te worden toegepast.

De Cochrane Collaboration is wereldwijd opgebouwd uit zogenaamde 'collaborative review groups' en in de meeste landen is een landelijke Cochrane Centrum actief, in Nederland het Dutch Cochrane Centre (<http://www.cochrane.nl>). De tandheelkundige sectie is ondergebracht bij de Cochrane Oral Health Group (www.ohg.cochrane.org) en gevestigd in Manchester in het Groot-Brittannië.

Op dit moment bevat de Cochrane Oral Health database 59 gepubliceerde systematische literatuuronderzoeken en zijn er bijna 110 in ontwikkeling. Het betreft alle systematische literatuuronderzoeken die gebaseerd zijn op gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek ('randomised controlled trial') en overig klinisch onderzoek.

Via een systematisch literatuuroverzicht van Cochrane krijgt de geïnteresseerde mondzorgverlener de ideale mogelijkheid om zich in relatief korte tijd te laten informeren over betrouwbare en op wetenschappelijk bewijs gebaseerde wetenschappelijke inzichten. Door deze te toetsen aan zijn persoonlijke klinische ervaring en voor-

keuren van patiënten kan dat leiden tot het nemen van verantwoorde beslissingen in de dagelijkse zorgverlening. De wetenschappelijke onderzoeker krijgt een helder beeld op welk terrein onderzoek nodig of gewenst is en klinische praktijkrichtlijnen kunnen met systematische literatuuroverzichten de aanbevelingen aan passende onderbouwing helpen.

Afbeelding 2 toont een voorbeeld van de samenvatting en conclusies van een systematisch literatuuroverzicht uit de Cochrane Library (Mettes et al, 2005). Dit literatuuroverzicht en andere literatuur werden gebruikt voor een klinische praktijkrichtlijn die via een RAND-Delphi-procedure, waarin tandartsen en kaakchirurgen samenwerkten, is ontwikkeld. Het resultaat hiervan is de klinische praktijkrichtlijn 'De geïmpacteerte, klachtenvrije derde molaar in de onderkaak' (Van der Sanden et al, 2004a; Van der Sanden et al, 2004b), waarvan de resultaten schematisch worden weergegeven in afbeelding 3.

Discussie

In de tandheelkundige zorg is, in tegenstelling tot op andere terreinen van de gezondheidszorg, nauwelijks sprake van een systematische ontwikkeling van klinische richtlijnen als kwaliteitsinstrument. Tandartsen werken veelal in solopraktijken, stellen een diagnose en behandelen meestal zelf, waardoor er relatief weinig gecommuniceerd wordt met andere zorgverleners. Daarnaast zijn ze veelal niet gewend op een evidence-based wijze maar practice-based wijze te werken. Bovendien heeft een groot deel van de huidige tandartsen in het algemeen minder wetenschappelijke scholing tijdens hun opleiding gekregen dan bijvoorbeeld huisartsen. Hierop kan worden ingespeeld met de invulling van het curriculum in de nieuwe 6-jarige opleiding tot mondarts, waar het aandeel wetenschappelijke scholing en teamconcept nog meer aandacht kan krijgen.

Veel kan worden geleerd van de ervaringen van andere zorgverleners die al langer vertrouwd zijn met de ontwikkeling en het gebruik van klinische praktijkrichtlijnen. Uit eerdere onderzoeken bleek dat ongeveer de helft van de Nederlandse tandartsen de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen ondersteunt, waarbij deze vooral worden beschouwd als een hulpmiddel bij het nemen van klinische behandelbeslissingen (Van der Sanden et al, 2003). Tandartsen vreesden echter ook dat hun professionele autonomie zou kunnen worden aangetast. Dit laatste aspect, in combinatie met het gegeven dat er nauwelijks systematisch ontwikkelde tandheelkundige klinische praktijkrichtlijnen in Nederland beschikbaar zijn, zouden een verklaring kunnen vormen voor het lage aantal ervan.

De grootste barrières op weg naar een meer evidence-based handelen vormen echter de angst en het wantrouwen van tandheelkundige zorgverleners dat het wetenschappelijke bewijs zou kunnen worden misbruikt door

zorgverzekeraars en jurisprudentie wanneer zij selectieve keuzes maken om de eigen mening te onderbouwen. Dit vormt echter juist een reden om de evidence-based ontwikkeling te omarmen en vanuit de professionele verantwoordelijkheid in brede kring ervoor zorg te dragen dat al het beschikbare wetenschappelijke bewijs boven tafel komt en op juiste wijze wordt gebruikt. Alleen op deze manier kan de integriteit van het tandheelkundig handelen worden gewaarborgd. Tandheelkundige zorgverleners kunnen door hun participatie ervoor zorgen dat klinische praktijkrichtlijnen worden ontwikkeld op een open en transparante wijze en dat de daaruit voortkomende richtlijnen praktisch, nuttig en relevant zijn. Het zichtbaar maken van de kwaliteit van de zorgverlening en het zich daar verantwoordelijk voor willen voelen als beroepsgroep is daarbij een belangrijk uitgangspunt. De hieruit voortvloeiende aanwijzingen voor goede en doelmatige zorg zijn op deze wijze eenvoudig te formuleren. In het kader van de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) dient de patiënt over voldoende informatie te beschikken om goed te kunnen meedenken en meebeslissen over de behandeling. Een klinische praktijkrichtlijn is een ideaal medium om aan deze wettelijke verplichting te kunnen voldoen en gelijktijdig de zorg voor de patiënt verder te verbeteren.

De ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen vergt veel inzet van menskracht en financiële middelen. De ontwikkeling van één richtlijn kost circa € 100.000,- tot € 150.000,00. Daarnaast is er in Nederland geen enkele tandheelkundige organisatie die zich daarvoor op dit moment direct verantwoordelijk voelt. De vorming van een centrum voor de evidence-based ontwikkeling én implementatie van tandheelkundige klinische praktijkrichtlijnen zou daarom op de agenda van de tandheelkundige beroepsverenigingen, universiteiten en de wetenschappelijke verenigingen moeten staan. Omdat er in Nederland verschillende organisaties zich onafhankelijk van elkaar bezighouden met klinische praktijkrichtlijnen, dreigt fragmentatie en onduidelijkheid binnen en tussen de organisaties over wat nu een volwaardige klinische praktijklijn dient te zijn. Een intensieve samenwerking lijkt niet alleen daarom, maar ook uit financieel oogpunt, raadzaam. Daarnaast zal interdisciplinaire samenwerking met bijvoorbeeld het CBO leiden tot een optimaal gebruik van voorzieningen en ervaringen. Alleen op deze manier kan het heft in professionele handen blijven en een toekomstige inmenging van de overheid worden voorkomen.

In een tijd waarin taakdelegatie en taakherschikking steeds meer zorgverleners aan de stoel toelaten, roepen deze fenomenen ook om duidelijke werkafspraken en taakafbakening. Hierbij valt te denken aan aspecten als behandelplanning en besluitvorming in complexe gevallen. Klinische praktijkrichtlijnen kunnen hierbij een leidraad vormen om de bevoegdheden van elke

zorgverlener te definiëren. Dit proces heeft eerder in de huisartsgeneeskunde plaatsgevonden en kan nu als leidraad dienen.

Concluderend kan worden gesteld dat een klinische praktijkrichtlijn een sterk en veelbelovend instrument vormt om de beste resultaten uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek te vertalen naar de praktijk en zo de beste zorg voor de patiënt mogelijk maakt en zorgt voor transparantie van de verleende zorg. Klinische praktijkrichtlijnen kunnen bijdragen aan het vervullen van de grootste uitdaging in de tandheelkundige praktijk: het aanbieden van kwalitatief hoogstaande, effectieve mondzorg, met als ijkpunt een tevreden patiënt.

Literatuur

- *AGREE Collaboration*. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 18-23.
- *Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al*. Why don't physicians follow clinical guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458-1465.
- *Caminiti C, Scoditti U, Diodati F, Passalacqua R*. How to promote, improve and test adherence to scientific evidence in clinical practice. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 62.
- *Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB*. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med* 1997; 126: 376-380.
- *Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, et al*. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ* 2005; 5: 1.
- *Donoff B*. It works in my hands. *Evidence-based dentistry* 2000; 2: 1-2.
- *Institute of Medicine*. Committee on Clinical Practice Guidelines. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington: National Academy Press, 1992.
- *Institute of Medicine*. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press, 2001.
- *Grol R*. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care* 2001; 39 (suppl 2): 46-54.
- *Grol R, Grimshaw J*. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1225-1230.
- *Marinho VC, Richards D, Niederman R*. Variation, certainty, evidence, and change in dental education: employing evidence-based dentistry in dental education. *J Dent Educ* 2001; 65: 449-455.
- *Mettes TG, Nienhuijs ME, Sanden WJ van der, Verdonchot EH, Plaschaert AJM*. Interventions for treating asymptomatic impacted wisdom teeth in adolescents and adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: CD003879.
- *Murphy MK, Black NA, Lamping DL, et al*. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess* 1998; 2: i-iv, 1-88.
- *Nederlandse Vereniging voor Parodontologie*. Paroprotocol (1998). http://www.nvvp.com/img/informatie/inf_protocol.pdf (geraadpleegd 28-02-07).

- Sanden WJ van der, Mettes DG, Grol RP, Plasschaert AJ, Verdonchot EH. Development of clinical guidelines for dentists: methods for topic selection. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 313-319.
- Sanden WJ van der, Mettes DG, Plasschaert AJ, Hof MA van't, Grol RP, Verdonchot EH. Clinical practice guidelines in dentistry: opinions of dental practitioners on their contribution to the quality of dental care. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 107-111.
- Sanden WJ van der, Mettes DG, Plasschaert AJ, Mulder J, Verdonchot EH. The influence of providing a clinical practice guideline on dental students' decision making. *Eur J Dent Educ* 2004a; 8: 1-6.
- Sanden WJ van der, Mettes DG, Plasschaert AJ, Grol RP, Verdonchot EH. Development of clinical practice guidelines: evaluation of 2 methods. *J Can Dent Assoc* 2004b; 70: 301.
- Shaneyfelt T, Baum KD, Bell D, et al. Instruments for evaluating education in evidence-based practice. *JAMA* 2006; 296: 1116-1127.
- Sutherland SE. The building blocks of evidence-based dentistry. *J Can Dent Assoc* 2000; 66: 241-244.

Summary

The aim of guidelines and systematic reviews in oral healthcare

Clinical practice guidelines are a very appropriate means of keeping up to date, effectively and efficiently, with knowledge on a specific clinical topic. These are a compilation of clinical expertise retrieved from daily practice, scientific evidence derived from journals and the opinions of patients, which together form the core of the treasury of ideas of evidence-based dentistry. The development of clinical practice guidelines should be carried out according to a strictly defined procedure. In this procedure systematic reviews of literature should be used. The Cochrane Collaboration is an organization that develops reliable systematic reviews. Clinical practice guidelines are an essential part of evidence-based dentistry. The evidence-based approach should be fully integrated in dental education and in daily dental practice. The establishment of a national centre for evidence-based development and implementation of dental clinical practice guidelines, in cooperation with other healthcare professionals, should have the highest priority, in order to maintain the quality of oral healthcare in professional hands.

Bron

Van der Sanden WJM¹, Nienhuijs MEL², Mettes TG¹

Uit ¹de afdeling Preventieve en Curatieve Tandheelkunde, en ²de afdeling Mond- Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Universitair Medisch Centrum St Radboud

Datum van acceptatie: 11 december 2006

Adres: dr. W.J.M. van der Sanden, UMC St Radboud, huispost 309, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
w.vandersanden@dent.umcn.nl